

sidst ønsker vi at understrege vigtigheden af tromboseprofylakse til gravide med risiko for tromboembolisk sygdom. Især til kvinder der tidligere har haft vena trombose og/eller lungeemboli i forbindelse med p-pille-brug.

KORRESPONDANCE: Henriette H. Jensen, Gynækologisk Afdeling G, Roskilde Sygehus, DK-4000 Roskilde. E-mail: Henriettehansen@yahoo.dk

ANTAGET: 26. oktober 2008

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Knight M. Antenatal pulmonary embolism: risk factors, management and outcomes. *BJOG* 2008;115:453-61.
2. Leonhardt G, Gaul C, Nietsch HH et al. Thrombolytic therapy in pregnancy. *J Thromb Thrombolysis* 2006;21:271-6.
3. Turrentine MA, Braems G, Ramirez MM. Use of thrombolytics for the treatment of thromboembolic disease during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:534-41.
4. Ahearn GS, Hadjiladis D, Govert JA et al. Massive pulmonary embolism during pregnancy successfully treated with recombinant tissue plasminogen activator. *Arch Intern Med* 2002;162:1221-5.
5. Trukhacheva E, Scharff M, Gardner M et al. Massive pulmonary embolism in pregnancy treated with recombinant tissue plasminogen activator. *Obstet Gynecol* 2005;106:1156-8.

Syfilis som årsag til dødfødsel

Reservelæge Bente Bækholm Poulsen, overlæge Kirsten Kock & overlæge Birger Møller

KASUISTIK

Odense Universitetshospital, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling og Afdeling for Klinisk Patologi

Dødfødsel kan være forårsaget af en lang række faktorer, herunder placentaskader, alvorlig sygdom hos den gravide samt infektion.

Intrauterin infektion kan fremkaldes af en stor gruppe organismer. Den hyppigst forekommende infektionsvej er via nedre genitalia som ascenderende infektion, hvor gruppe B-streptokokker, *Escheria coli* og *Ureaplasma urealyticum* kan beskadige membraner og inficere fosteret [1].

Syfilis er en meget hyppig årsag til dødfødsel i Afrika, men er en sjælden årsag i industrialiserede lande. Her i landet er der således ikke registreret intrauterine syfilisinfektioner gennem en lang årrække. Den tidligere obligatoriske syfilisscreening er bortfaldet. Mulige tilfælde kan være overset, da forløb og symptomer ikke altid entydigt peger på syfilis. På den baggrund præsenteres det første tilfælde af syfilitisk dødfødsel gennem flere år her i landet.

SYGEHISTORIE

En 28-årig 4.-gangs-gravid, der var i uge 31 + 0 henvendte sig på Obstetrisk Afdeling på grund af kontraktioner efter to dages sengeleje med influenzaligende symptomer og febrilia.

Kvinden var fra Irak. Havde tidligere gennemgået tre normale graviditeter og fødsler. Yngste barn var dog født med hjertefejl og opereret herfor. Patienten havde i den aktuelle graviditet fået foretaget misdannelsesscanning i uge 20 + 3, fosterekkokardiografi i uge 20 + 5 og desuden skanning i uge 27 + 4. Alle med normale forhold.

Ved indlæggelsen konstateredes ved ultralydsskanning foetus mortuus med normal mængde fostervand, men ascites hos fosteret. Patienten havde

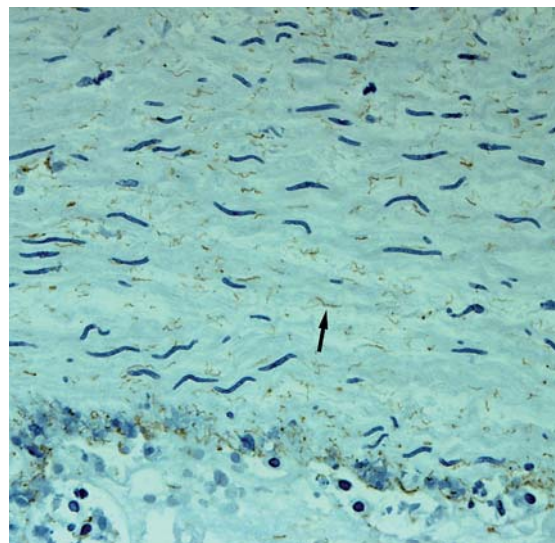
en temperatur på 37,4 °C, leukocytter 6,8, C-reaktivt protein på 42 (normal < 5) og normale levertal. Der blev taget TORCH-prøver (toksoplasmose, andre infektionssygdomme herunder syfilis, rubella, *Cytomegalovirus* samt herpesvirus). Fødslen blev induceret med oxytocin-drop, og patienten fødte ukompliceret efter 3,5 timer. Fosteret var præget af ascites, men i øvrigt uden tegn på misdannelser og vejede 1.890 g, længde 43 cm.

Parret ønskede ikke obduktion. Kromosomundersøgelse viste normale hunlige kromosomer.

TORCH-prøver viste positiv immunglobulin M

FIGUR 1

Treponema pallidum i navlesnor (pil), immunfarvning [2].



(IgM) samt immunglobulin G (IgG) for *Treponema pallidum*, hvilket er foreneligt med syfilis i andet stadie. Øvrige prøver var uden tegn på aktiv infektion. Ved mikroskopi af placenta sås akut inflammation i fosterhinderne samt mere diskrete betændelsesforandringer i relation til navlestrengskarrene. Efterfølgende immunfarvning af navlesnor afslørede spirokæter (**Figur 1**).

Patienten blev henvist til videre udredning og behandling i form af intravenøs penicillin samt smitteopsporing på Dermato-venerologisk Afdeling.

DISKUSSION

Syfilis har gennem århundreder været anerkendt som årsag til intrauterin infektion. Der er høj mortalitet og alvorlige misdannelser relateret til syfilitisk infektion i graviditeten. Smitterisikoen intrauterint falder i takt med progredierende maternel sygdom, således er infektionsrisikoen for fosteret ved primær syfilis 70-100%, mens den er 40% for tidlig latent syfilis, og 10% for sen latent sygdom. Fosteret smittes primært transplacentært gennem hæmatogen spredning. Der er dog rapporteret tilfælde af smitte under fødslen ved direkte spredning via genitalt ulcus. Infektion intrauterint viser sig oftest ved præmaturitet, lav fostervægt, nonimmun hydrops samt intrauterin død [1]. Såfremt fosteret inficeres, vil 40-50% dø intrauterint, mens 30-40% fødes i live, men med tegn på kongenit syfilis [3].

I det aktuelle tilfælde var der hos fosteret fundet ascites, der var forenelig med nonimmun hydrops samt spirokæter i relation til navlesnorskarrene. Dette sammenholdt med positiv IgG samt IgM hos mater for *Treponema pallidum* indikerer, at der har været tale om kongenit syfilisinfektion.

Syfilis i Danmark i dag er en meget sjælden infektion. Der blev således påvist 151 tilfælde i 2004 mod 127 i 2005 og 75 tilfælde i 2006. Fire af de 75 tilfælde i 2006 blev fundet blandt kvinder, som alle var indvandrere. Der blev ikke fundet tilfælde af kongenit eller intrauterin syfilis. Det aktuelle tilfælde er det først rapporterede i en lang årrække her i landet. Blandt de syfilissmittede personer her i landet er op mod en tredjedel også hiv-positive [2].

En genoptagelse af den tidligere lovpligtige screening for syfilis blandt gravide er næppe vejen frem i bekæmpelsen af kongenit syfilis. Derimod bør man overveje syfilistest på hiv-positive gravide og blandt gravide indvandrere i forbindelse med første graviditetsundersøgelse hos egen læge.

LITTERATUR

1. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. *Arch Dis Child* 2008;93:105-9.
2. Axelsen N, Mazick A, Cowan S. EPI-NYT uge 18. København: Statens Serum Institut, 2007.
3. Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *AJOG* 2003;189:861-73.